

## خودپنداره و خودگسستگی در دو گروه زنان کاندید دریافت و اهدای تخمک

زیبا تقی‌زاده\* رضا عمانی سامانی\*\* انوشیروان کاظم‌نژاد\*\*\* مرضیه ریسی\*\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از فن‌آوری‌های کمک باروری استفاده از تخمک اهدایی است. اگرچه اطلاعات در مورد جنبه‌های پزشکی اهدای تخمک در دسترس می‌باشد، اما آگاهی در مورد مسایل روانی مربوط به این درمان وجود ندارد. مفاهیم خودپنداره و خودگسستگی می‌تواند ابعاد روانی فرد را بررسی کند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی خودپنداره و خودگسستگی در زنان اهدا کننده و دریافت‌کننده تخمک انجام یافته است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی تعداد ۵۳ زن با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس در هر یک از گروه‌های اهدا کننده و دریافت‌کننده تخمک مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری رویان در سال ۱۳۹۴، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه خودپنداره راجرز و پرسشنامه خودگسستگی (خودگسستگی از بایسته‌ها و خودگسستگی از ایده‌آل) بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای‌دو و تی‌تست در نرم‌افزار SPSS v.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** خودپنداره و خودگسستگی هر دو گروه ضعیف بود. نمرات گروه زنان دریافت‌کننده بیش‌تر (نمرات پرسشنامه به صورت معکوس است) از زنان اهدا کننده تخمک بود ولی بین میانگین نمرات خودپنداره دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت ( $p=0/03$ ). اختلاف دو گروه در خودگسستگی از بایسته‌ها معنادار بود ( $p=0/02$ ) ولی در خودگسستگی از ایده‌آل اختلاف معناداری وجود نداشت ( $p=0/15$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده باید اذعان داشت که در فرآیند اهدای تخمک ارزیابی جسمی به تنهایی کافی نیست و توجه به نیازهای روانی افراد نیز لازم است. لذا مسئولان باید تمهیداتی جهت ارزیابی ابعاد روانی زنان کاندید اهدا و دریافت تخمک در نظر بگیرند.

نویسنده مسئول:

مرضیه ریسی؛

دانشکده پرستاری و

مامایی دانشگاه علوم

پزشکی شهرکرد

e-mail:

mrz.reisi@gmail.com

**واژه‌های کلیدی:** خودپنداره، خودگسستگی، زنان کاندید دریافت تخمک، زنان کاندید اهدای تخمک

- دریافت مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۴

### مقدمه

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان مشکلی عمده در بهداشت باروری عنوان کرده که دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است (۱). به این معنی که در آن جنبه‌های فیزیولوژیک، روانی، محیط و روابط بین فردی

در تعامل با یکدیگر قرار دارند و نمی‌توان آن را صرفاً به عنوان اختلالی در کارکرد اعضای بدن به حساب آورد. ناباروری یک بحران پیچیده در زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی، فشارآور می‌باشد (۲). امروزه با پیشرفت علم و فن‌آوری و ابداع فن‌آوری‌های کمک باروری (ART=Assisted reproductive technology) در پیچه امیدی برای زوج‌های نابارور گشوده

\* عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، استادیار گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\*\* استادیار گروه پژوهشی اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشگاه رویان جهاددانشگاهی، تهران، ایران

\*\*\* استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
\*\*\*\* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

شده ولی در عین حال آن‌ها را به تحمل استرس بیش‌تر و دوره‌های درمان طولانی‌تر وادار کرده است (۲). یکی از فن‌آوری‌های جدید کمک باروری استفاده از تخمک اهدایی است (۳). برنامه اهدای تخمک شامل چند عضو است: دریافت‌کننده، همسر دریافت‌کننده، دهنده تخمک و کودکی که با استفاده از این روش متولد می‌شود که هر کدام احساسات، انگیزه‌ها و نیازهای متفاوتی دارند. اگرچه اطلاعات در مورد جنبه‌های پزشکی و بررسی‌های سلامت جسمی دریافت‌کننده و اهداکننده تخمک مانند بررسی‌ها، معاینات و آزمایش‌های مورد نیاز مربوط به وضعیت باروری و همچنین سلامتی آن‌ها در دسترس می‌باشد، اما علی‌رغم این که مجموعه متنوعی از روابط بین فردی و مسایل روانی طی انجام این فرایند ایجاد می‌شود، آگاهی در مورد مسایل روانی مربوط به این درمان وجود ندارد (۴). در مورد اهدای تخمک، چالش‌های عاطفی متعددی مطرح می‌شود (۳و ۵). زنان عمیقاً از این که موقعیت و امنیت آنان تحت تأثیر ناباروری قرار گیرد، نگرانند و احساس تنهایی را تجربه می‌کنند. در چنین وضعیتی استفاده از تخمک اهدایی فردی دیگر برای درمان برای آنان بسیار پر استرس می‌باشد (۵). در مقابل نتایج مطالعات درباره اهداکنندگان، نشان می‌دهد بیش‌تر این افراد، صرف‌نظر از موفقیت یا شکست درمان، از اهدای تخمک احساس رضایت دارند. نتایج بررسی Blyth نشان داد علاقه شخصی داوطلبان، علت اصلی اهدا بوده و این امر می‌تواند سبب احساس رضایت شود و به لحاظ روانی آن‌ها را تقویت کند (۶). هرچند در مورد

احساسات شرکت‌کنندگان ایرانی از انجام این عمل اطلاعاتی در دست نیست. ضرورت انجام بررسی‌های روانی این دو گروه از زنان به این منظور است که تیم پزشکی درمان ناباروری، از کاهش مخاطرات احتمالی این اقدام مهم درمانی اطمینان یابند و همچنین از فشارهای روانی زوج‌ها و فرزند حاصل، درآینده کاسته و فرآیند درمانی را در حد امکان برای دریافت‌کنندگان مطمئن نماید (۷). با مقیاس‌های گوناگونی از جمله اضطراب، افسردگی، عزت نفس و کیفیت زندگی می‌توان وضعیت روان‌شناختی افراد را مورد مقایسه قرار داد. اما امروزه بسیاری از محققان مهم‌ترین و رایج‌ترین اشکالات و اختلالات رفتاری را به «خود» نسبت داده‌اند و نتایج تعداد قابل توجهی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که چگونگی احساس انسان از «خود» در بسیاری از موقعیت‌ها بر رفتار او اثر می‌گذارد (۸). روان‌شناسان بر این عقیده‌اند که بین شناخت «خود» و عواطف ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (۹) و باورهای ناهماهنگ و گسیخته در مورد «خود» به مشکلات عاطفی و هیجانی متعددی منجر می‌شود (۱۰). بنابراین به نظر می‌رسد تحقیق در زمینه خودپنداره و خودگسستگی دید کامل و روشن‌تری درباره مشکلات روان‌شناختی افراد فراهم نماید. خودگسستگی و خودپنداره می‌توانند ابعاد روحی و روانی فرد را به صورت بنیادی بررسی کنند و نیز می‌توانند نقش اساسی در هدایت رفتارهای فرد داشته باشند (۱۱). Higgins قایل به سه نوع «خود» در افراد است. به اعتقاد این نظریه‌پرداز این سه

نوع خود عبارتند از: خودواقعی، خودایده‌آل و خودبایسته. خودواقعی، بیانگر احساس فرد از خود در زمان حال و آنچه هست، می‌باشد. منظور از خود ایده‌آل، آرزوها و امیدهایی است که فرد برای خود متصور است. خودایده‌آل در برگیرنده اهداف و بلندپروازی‌های فرد نیز می‌باشد. نهایتاً خود بایسته شامل همان وجدان و وظایفی است که فرد نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت می‌کند و در برگیرنده احساس، اخلاق، التزام و تکلیف در افراد است. تفاضل خود واقعی از خود ایده‌آل، خودگسستگی از ایده‌آل‌ها می‌باشد که سبب نوعی افسردگی و اندوهگینی در افراد می‌گردد. تفاضل خود واقعی از خودبایسته، خودگسستگی از بایسته‌ها است که منجر به آشفتگی و بی‌قراری در افراد می‌شود (۱۲) و در کل افزایش میزان خودگسستگی می‌تواند باعث اختلالات متعدد روانی در فرد گردد (۱۳).

خودپنداره، ترکیبی از عقاید و احساسات است که فرد نسبت به خود دارد و از واکنش‌های دیگران در مورد خود برداشت می‌کند (۱۴). خودپنداره یکی از مفاهیم اصلی نظریه Rogers است و از طریق روابط اجتماعی کسب می‌شود. Rogers معتقد است که به سبب تعامل شخص با اطرافیان خود در محیط، مفهومی از خویشتن که به طور گسترده مبتنی بر ارزیابی‌های سایرین است، گسترش می‌یابد. شخص خود را براساس آنچه سایرین تصور می‌کنند، ارزیابی می‌نماید نه برحسب آنچه که خودش احساس می‌کند (۱۵). اگر خودپنداره، مثبت و متعادل باشد، شخص دارای سلامت روان است و اگر برعکس، خودپنداره

شخص منفی و نامتعادل باشد، او از لحاظ روانی ناسالم شناخته می‌شود (۱۶). نتایج مطالعات نشان‌دهنده این واقعیت است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (مانند ناباروری) در صورتی که پنداشت مثبتی از خود داشته باشند، با بیماری سازگاری بهتری پیدا می‌کنند (۱۷).

پژوهش Carter و همکاران نشان داد زنانی که در انتظار دریافت تخمک هستند، عوارض عاطفی و روانی زیادی را تجربه می‌کنند و ناباروری می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و احساس سرخوشی آن‌ها داشته باشد (۱۸). نتایج مطالعه Khamsi و همکاران نیز که به بررسی برخی جنبه‌های روانی اهدای تخمک پرداخته است، نشان داد که هم دریافت‌کننده و هم اهداکننده تخمک نگرانی‌های گوناگونی دارند (۴). اما در مطالعه Bartlett که مشکلات روان‌شناختی این دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته بودند، نمرات هر دو گروه در طیف نرمال قرار داشت (۱۹).

نظر به پیشرفت چشم‌گیر فن‌آوری و ترویج تخمک‌اهدایی برای زوج‌های نابارور و نیز اهمیت باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی در کشورمان، وجود مطالعات محدود در زمینه اهدای تخمک و مقایسه وضعیت روانی زنان اهداکننده و دریافت‌کننده تخمک و همچنین وجود نتایج متناقض و نیز فقدان مطالعه‌ای در مورد خودپنداره و خودگسستگی در زمینه ناباروری، مطالعه حاضر با هدف بررسی و شناخت خودپنداره و خودگسستگی در دو گروه زنان کاندید اهدا و دریافت تخمک و سپس مقایسه آن در دو گروه طراحی شده است. با استفاده از نتایج این مطالعه می‌توان به مشکلات

در این زمینه پی برده و در صورت لزوم راهکار و یا مداخلاتی را برای رفع آن اتخاذ نمود.

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۹۴ در مرکز ناباروری رویان انجام یافته است. جامعه مورد مطالعه شامل زنان نابارور کاندید دریافت تخمک اهدایی و زنان کاندید اهدای تخمک بود. لازم به ذکر است زنان نابارور براساس تشخیص پزشک کاندید استفاده از این روش شده و برای شروع روند درمانی اقدام کرده بودند. زنان کاندید اهدا نیز زنان واجد شرایط اهدا بودند که داوطلبانه به مرکز ناباروری رویان مراجعه کرده و آماده شروع فرایند اهدای تخمک بودند. افراد دو گروه پس از ارزیابی‌های پزشکی و قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی وارد مطالعه شدند.

در این پژوهش پس از کسب مجوز از مسؤولان ذیربط و اخذ تأیید کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی تهران، افراد با در نظر گرفتن معیارهای ورود وارد مطالعه شدند. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه مقدماتی استفاده شد. براساس نتایج، با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ تعداد نمونه لازم برای هر گروه براساس فرمول زیر ۵۳ نفر تعیین و به طور کلی ۱۰۶ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (20.6^2 + 29.5^2)}{(130.5 - 145.2)^2} = 47.3$$

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام یافت. معیارهای ورود مشترک بین دو گروه شامل: سن ۴۹-۱۸ سال، عدم مصرف داروهای آرام‌بخش و ضد اضطراب، عدم سابقه و یا وجود بیماری شناخته شده روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و نداشتن سابقه سرطان بود که با پرسش از افراد، مورد بررسی قرار گرفت.

معیار ورود در گروه کاندید اهدای تخمک به طور خاص، نداشتن سابقه ناباروری و داشتن حداقل یک فرزند بود. معیار خروج در هر دو گروه، عدم تکمیل همه بندهای پرسشنامه در نظر گرفته شد. شرکت افراد در پژوهش منوط به کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنان بود و به هر یک از افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده اطمینان داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل ۳ پرسشنامه است. پرسشنامه اول به اطلاعات جمعیت‌شناختی اختصاص یافت. پرسشنامه دوم شامل سؤالات مربوط به مقیاس خودپنداره است. این پرسشنامه توسط Rogers (۱۹۸۰) تهیه شده است و جهت تعیین خودپنداره مثبت و منفی افراد به کار می‌رود. زمان لازم برای انجام این آزمون ۲۰ دقیقه است و خودپنداره افراد را با یک مقیاس ۷ نمره‌ای بین دو صفت شخصیتی بررسی می‌کند. در این قسمت فرد بایستی یکی از شماره‌های یک تا هفت را بین دو صفت انتخاب کند. پرسشنامه از دو فرم الف و ب تشکیل شده است که هر کدام دارای ۲۵ ویژگی شخصیتی می‌باشد. در هنگام رایج فرم الف به آزمودنی از او خواسته می‌شود با توجه به مقیاس‌های بالای پرسشنامه شماره‌ای را که صلاح می‌داند

علامت بزند (به این معنی که نسبت به نزدیکی یا دوری به هر صفت یکی از شماره‌های ۱ تا ۷ را انتخاب کند). سپس فرم ب به آزمودنی داده می‌شود و از او خواسته می‌شود براساس صفات مندرج در پرسشنامه، صفات شخصی دلخواه و ایده‌آل خود را علامت بزند. در نهایت با محاسبه هر دو فرم مربوط، چنانچه امتیاز به دست آمده صفر تا ۷ باشد خودپنداره بهنجار و چنانچه از ۷ به بالا باشد خودپنداره ضعیف و منفی تلقی می‌شود. به عبارت دیگر بالا بودن نمره خودپنداره، به معنی عدم تطابق بین خود واقعی و خود ایده‌آل است.

جهت تعیین روایی علمی ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی بررسی و نظرات آنان اعمال گردید و برای تعیین وضوح سؤالات، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از زنان مورد مطالعه قرار داده شد و از نظر قابل فهم و واضح بودن گویه‌ها، تک تک سؤالات بررسی و اصلاحات لازم انجام یافت.

به نقل از پاشا، شیخانی (۱۳۸۲) در پژوهش خود برای سنجش پایایی مقیاس خودپنداره راجرز از روش آلفای کرونباخ استفاده نمود که مقادیر آن برای فرم الف ۰/۷۸ و برای فرم ب ۰/۷۹ بوده است. در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه خودپنداره در هر دو گروه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در برای فرم الف ۰/۶۹ و فرم ب ۰/۶۳ به دست آمد (۲۰).

پرسشنامه سوم به خودگسستگی اختصاص دارد که شامل ۲۷ سؤال با مقیاس لیکرتی پنج نمره‌ای می‌باشد و ۹ سؤال مربوط به

خود واقعی، ۹ سؤال مربوط به خود ایده‌آل و ۹ سؤال در مورد خودبایسته است. در این پرسشنامه، هر آیتیم یک مرتبه در رابطه با خود واقعی، یک مرتبه در رابطه با خود ایده‌آل و یک مرتبه نیز با توجه به خودبایسته فرد، مطرح شده است. طبق نظریه خودگسستگی Higgins و براساس تعاریفی که از خودگسستگی ارائه می‌دهد، تفاوت مجموع نمرات خودواقعی با خودایده‌آل و خودبایسته، به ترتیب شاخص «خودگسستگی واقعی-ایده‌آل» و «خودگسستگی واقعی-بایسته» را تشکیل می‌دهد. اعداد منفی بدون خودگسستگی، عدد صفر خودگسستگی متوسط و اعداد مثبت، دارای خودگسستگی در نظر گرفته شده و تفاوت آن‌ها بین دو گروه مورد مقایسه قرار می‌گیرد (۱۳ و ۱۲). این مقیاس توسط سامانی و صادق‌زاده طراحی گردیده و پایایی آن به شیوه بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه خودگسستگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۷۴ بود (۲۱).

برای مقایسه متغیرهای کیفی جمعیت‌شناختی مانند وضعیت تحصیلی، شغل، محل زندگی و وضعیت اقتصادی افراد از آزمون کای‌اسکوئر و برای مقایسه میانگین نمره خودپنداره و خودگسستگی از آزمون تی استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری در نرم‌افزار SPSS ۱6.۷ و سطح معناداری  $p < 0.05$  انجام یافت.

### یافته‌ها

میانگین سنی زنان نابارور در گروه کاندید دریافت تخمک  $35.6 \pm 5.3$  و در گروه

زنان کاندید اهدای تخمک  $27/7 \pm 4/17$  بود. درصد بیش‌تری از زنان گروه کاندید دریافت تخمک ( $2/30$ ) در رده سنی ۳۵-۴۰ سال و بیش‌ترین درصد افراد در گروه کاندید اهدای تخمک ( $8/35$ ) در رده سنی ۳۰-۳۵ سال قرار داشتند. تفاوت دو گروه از نظر میانگین سنی معنادار بود ( $p < 0/001$ ).

کم‌ترین درصد افراد در هر دو گروه، تحصیلات دانشگاهی داشتند و اختلاف دو گروه از نظر سطح تحصیلات معنادار نبود ( $p = 0/83$ ). تحصیلات کم‌ترین درصد همسران افراد مورد مطالعه نیز در هر دو گروه، دانشگاهی بود ( $p < 0/29$ ). اکثریت افراد در دو گروه خانه‌دار بودند و محل زندگی بیش‌تر افراد در شهر بود. برای تعیین وضعیت اقتصادی از سه گزینه سطح پایین، متوسط و سطح بالا براساس دیدگاه و نظر شخصی هر فرد نسبت به وضعیت اقتصادی استفاده شد که درصد بیش‌تری از افراد در هر دو گروه در سطح متوسط قرار داشتند و تفاوت دو گروه معنادار نبود ( $p = 0/91$ ) (جدول شماره ۱).

میانگین نمره خودپنداره در زنان نابارور کاندید دریافت تخمک ( $11/56 \pm 3/9$ ) بیش‌تر از میانگین نمره در گروه کاندید اهدای تخمک

( $11/09 \pm 3/8$ ) بود که نشان‌دهنده ضعیف‌تر بودن خودپنداره در زنان نابارور دریافت‌کننده است.

نمره خودپنداره در  $9/4\%$  از گروه زنان کاندید دریافت تخمک، و در  $15/1\%$  گروه زنان کاندید اهدای تخمک در طیف نرمال (نمره ۷-۱۰) قرار داشت.  $90/6\%$  زنان کاندید دریافت و  $84/9\%$  زنان کاندید اهدای تخمک در محدوده ضعیف (بالای ۷) قرار داشت. بیش‌ترین درصد افراد در هر دو گروه خودپنداره ضعیف داشتند. اختلاف میانگین نمره خودپنداره در دو گروه معنادار نبود ( $p = 0/53$ ) (جدول شماره ۲).

میانگین نمره خودگسستگی نیز در هر دو بعد ایده‌آل و بایسته مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به جدول شماره ۲ می‌توان گفت خودگسستگی در گره زنان نابارور کاندید دریافت تخمک در سطح ضعیف‌تری نسبت به زنان کاندید اهدای تخمک قرار داشت. براساس آزمون تی در بعد خودگسستگی از ایده‌آل، اختلاف معناداری در بین نمرات دو گروه دیده نشد ( $p = 0/15$ ). ولی اختلاف نمرات خودگسستگی از بایسته‌ها در بین دو گروه معنادار بود ( $p = 0/02$ ) (جدول شماره ۲).

**جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه مورد مطالعه از زنان کاندید دریافت و اهدای تخمک در مرکز ناباروری رویان در سال ۱۳۹۴**

متغیرهای جمعیت‌شناختی	زنان کاندید دریافت تخمک		زنان کاندید اهدای تخمک		آزمون کای دو <i>p</i> -value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات زن	غیردانشگاهی	۳۴	۶۴/۲	۳۵	۶۶
	دانشگاهی	۱۹	۳۵/۸	۱۸	۳۴
تحصیلات همسر	غیردانشگاهی	۳۵	۶۶	۳۹	۷۳/۶
	دانشگاهی	۱۸	۳۴	۱۴	۲۶/۴
شغل زن	خانه‌دار	۳۸	۷۱/۷	۴۳	۸۱/۱
	شاغل	۱۵	۲۸/۳	۱۰	۱۸/۹
محل زندگی	شهر	۵۰	۹۴/۳	۵۱	۹۸/۱
	روستا	۳	۵/۷	۲	۱/۹
وضعیت اقتصادی از دیدگاه زنان مورد مطالعه	سطح پایین	۱۷	۳۲/۱	۱۹	۳۵/۸
	سطح متوسط	۳۵	۶۶	۳۳	۶۲/۳
	سطح بالا	۱	۱/۹	۱	۱/۹

**جدول ۲- مقایسه نمره خودپنداره و خودگسستگی در دو گروه مورد مطالعه از زنان کاندید دریافت و اهدای تخمک در مرکز ناباروری رویان در سال ۱۳۹۴**

متغیر	زنان دریافت‌کننده تخمک (Mean±SD)	زنان اهداکننده تخمک (Mean±SD)	<i>t</i> -test <i>p</i> -value
خودپنداره	۱۱/۵۶±۳/۹	۱۱/۰۹±۳/۸	۰/۵۳
خودواقعی	۳۰/۱۶±۶/۰۸	۳۲/۶±۶/۵	۰/۰۰۵
خود ایده‌آل	۳۷/۵±۳/۹	۳۹/۱±۳/۱	۰/۰۲
خود بایسته	۳۹/۰۵±۸/۵	۳۸/۲±۳/۹	۰/۵۳
خودگسستگی از ایده‌آل	۷/۴±۶/۹	۵/۵±۶/۳	۰/۱۵
خودگسستگی از بایسته‌ها	۸/۹±۱۱/۲	۴/۶۱±۷/۲	۰/۰۲

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها در زمینه خودپنداره که با سطح سلامت روان فرد رابطه مستقیمی دارد (۲۲) نشان داد خودپنداره بسیاری از زنان کاندید دریافت و همچنین زنان کاندید اهدای تخمک ضعیف است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Souter و همکاران که به بررسی سلامت روان شناختی زنان نابارور تحت درمان نازایی توسط پرسشنامه GHQ-12 و پرسشنامه SF-36 پرداخته بود، هم راستا

است. نتایج این مطالعه نیز نشانگر سلامت روانی پایین‌تر این افراد نسبت به جمعیت عادی بود (۲۳).

براساس نتایج مطالعه نوربالا و همکاران یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در شیوع مشکلات روانی در زنان نابارور، بازخوردها و واکنش‌های اطرافیان نسبت به ناباروری می‌باشد. همان‌طور که در تعریف خودپنداره گفته شده شخص خود را براساس آنچه سایرین تصور می‌کنند، ارزیابی می‌نماید نه

برحسب آنچه که خودش احساس می‌کند. پس شاید بتوان گفت یکی از دلایل مهم بالا بودن درصد خودپنداره منفی زنان نابارور در این مطالعه نحوه برخورد اطرافیان باشد (۲).

پژوهش صنّام‌نژاد و همکاران که به بررسی خودپنداره در افراد با و بدون شکست عشقی پرداخته است، نشان می‌دهد که افراد با شکست در عشق، سطح پایین‌تری از خودپنداره را نسبت به افراد بدون شکست در عشق دارند. هرچند که در این مطالعه گروه هدف متفاوت است ولی از آن‌جا که افراد، ناباروری را شکستی بزرگ در زندگی خود می‌دانند، مانند افراد با شکست در عشق، در معرض مشکلات روانی می‌باشند و سطح پایین خودپنداره را نشان می‌دهند (۲۴).

مطالعه صفوی و همکاران که به بررسی خودپنداره و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته بود، نشان داد خودپنداره و کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی دارند. این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در صورتی که پنداشت مثبتی از خود داشته باشند، با بیماری سازگاری بهتری پیدا می‌کنند (۲۵) و این مسأله می‌تواند برای زنان نابارور با سابقه نازایی طولانی مدت، نیز صادق باشد. هرچند که گروه هدف متفاوت است ولی از آن‌جا که ناباروری مانند دیابت جزو بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود، زنان نابارور مانند بیماران مبتلا به دیابت در معرض بروز علایم روانی قرار دارند و حالات روانی به طور قابل توجهی بر پنداشت آن‌ها تأثیر دارد.

یکی دیگر از اهداف این پژوهش بررسی خودگسستگی در این دو گروه از زنان بود. براساس نتایج، خودگسستگی در هر دو بعد ایده‌آل و بایسته، در هر دو گروه در سطح پایینی قرار داشت، البته خودگسستگی از ایده‌آل در دو گروه اختلاف معناداری نداشت، ولی اختلاف خودگسستگی از بایسته‌ها در دو گروه معنادار بود.

همان‌طور که ذکر شد خودگسستگی از ایده‌آل منجر به افسردگی و خودگسستگی از بایسته‌ها باعث اضطراب و بی‌قراری در فرد می‌شود. نتایج مطالعه Kindermans و همکاران که به بررسی نقش خودگسستگی بر تجربه عاطفی و الگوی فعالیت بیماران مبتلا به کمر درد مزمن پرداخته بودند، نشان داد بیمارانی که خودگسستگی بیشتری داشتند (اختلاف بیشتری بین خودواقعی، خودایده‌آل و خودبایسته) اضطراب و استرس بیشتری را تجربه کرده بودند (۲۶). نتایج مطالعه Landa و Bybee نشان داد زنانی که خودگسستگی زیادی از ایده‌آل‌ها را احساس می‌کنند، عموماً زنان کمال‌گرایی هستند و اغلب با اختلال خوردن مواجه می‌شوند (۲۷). محققان دیگری همانند Minarik و Ahrens، Hewitt و Flett و Strauman نیز به رابطه خودگسستگی با مشکلات هیجانی از نوع افسردگی و اضطرابی اشاره داشته‌اند (۲۸-۳۰). همچنین پژوهش سامانی و صادق‌زاده در مورد نوجوانان نشان می‌دهد که افزایش میزان انسجام عاطفی منجر به کاهش میزان خودگسستگی از ایده‌آل‌ها و بایسته‌ها می‌گردد. به عبارت دیگر نوجوانانی که دارای انسجام عاطفی بیشتری هستند، میزان گسستگی میان خودواقعی آن‌ها با



خودایده‌آل و خودبایسته آن‌ها کم‌تر از نوجوانانی است که دارای انسجام عاطفی کم‌تری هستند (۲۱). اگرچه در این مطالعات، گروه هدف با مطالعه حاضر متفاوت است، ولی نتایج حاصل از آن‌ها نشان می‌دهد که عوامل روانی متعدد بر سطح خودگسستگی تأثیر می‌گذارند، همچنین وجود خودگسستگی، سبب به هم خوردن تعادل روانی شده و فرد دچار مشکلات روان‌شناختی می‌شود.

در مطالعه Carter و همکاران که با هدف بررسی مسایل عاطفی زنان نابارور در انتظار اهدای تخمک انجام گرفت ۳۳٪ زنان در انتظار اهدای تخمک، از نظر بالینی افسرده بودند و ۵۹٪ سطح بالایی از اضطراب داشتند (۱۸). همچنین در مطالعه خادمی و همکاران زنان نابارور به طور معناداری در معرض افسردگی قرار داشتند (۳۱).

با توجه به این نکته که فاصله خودواقعی از خودایده‌آل و خودبایسته سبب ایجاد افسردگی و اضطراب در فرد می‌شود، می‌توان گفت نتایج حاصل از این پژوهش‌ها با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. ولی در مطالعه Bartlett با عنوان مشکلات روان‌شناختی در زمینه اهدای تخمک، افسردگی و اضطراب در هر دو گروه زنان اهداکننده و دریافت‌کننده تخمک در طیف نرمال قرار داشت و می‌توان گفت با مطالعه حاضر مغایر است (۱۹). اطلاعات در این مطالعه توسط مصاحبه و در مطالعه حاضر توسط پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند. استنباط پژوهشگران در مورد این اختلاف علاوه بر متفاوت بودن روش جمع‌آوری اطلاعات، تفاوت فرهنگی در

کشورهای مختلف می‌باشد که یکی از عوامل بسیار مهم در زمینه مسایل روان‌شناختی است. با توجه به یافته‌های پژوهش اختلاف خودگسستگی از بایسته‌ها در دو گروه معنادار بوده و گروه زنان کاندید اهدای تخمک در سطح بهتری نسبت به زنان نابارور کاندید دریافت تخمک داشتند. در واقع، برای زن از نظر روان‌شناختی، حاملگی غالباً وسیله‌ای برای خودشکوفایی است (۳۲). لذا، زنانی که فاقد قدرت باروری هستند، احساس ناتوانی، بی‌ارزشی و عدم کفایت می‌کنند و چون خود را به علت ناباروری ناقص می‌دانند، در نتیجه تصور نامطلوبی از خود داشته و سطح پذیرش «خود» در آنان به طور معناداری پایین است (۳۳). شاید بتوان گفت در زنان اهداکننده تخمک «باید مادر بودن» تأمین شده ولی این «باید» در «خود» زنان نابارور دریافت‌کننده تخمک بدون پاسخ مانده و ارضا نشده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت سنی افراد در دو گروه معنادار بوده است. از آن‌جا که زنان کاندید دریافت تخمک، زنان ناباروری بودند که به علت افزایش سن و کاهش کیفیت تخمک براساس تشخیص پزشک، کاندید استفاده از تخمک اهدایی شده بودند و از طرفی یکی از شرایط اهدای تخمک در مرکز ناباروری رویان جوان بودن اهداکننده می‌باشد، در نتیجه میانگین سنی زنان کاندید دریافت تخمک بالاتر از گروه زنان کاندید اهدای تخمک بود. بنابراین از آزمون تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر سن بر خودپنداره و خودگسستگی استفاده شد. نتایج نشان داد که سن تأثیری بر

میانگین نمره خودپنداره و خودگسستگی نداشته است.

با توجه به نتایج این مطالعه باید اذعان داشت که در فرآیند اهدای تخمک ارزیابی جسمی به تنهایی کافی نیست و توجه به نیازهای روانی افراد، یک بخش ضروری در موفقیت این فرآیند است. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می‌توانند برای سلامت روانی زنان، دردناک و مخرب باشند (۳۴). فشارهای روانی وارد بر زنان ممکن است سبب ارتباط نامناسب و ناهماهنگی در روش‌های درمانی شود. بدین ترتیب گروه درمانی با زنانی سروکار دارد که نه تنها خواستار کمک برای مشکلات جسمی هستند، بلکه از نظر عاطفی و روانی نیز جریحه‌دار شده‌اند (۳۵). لذا این یافته‌ها می‌تواند متولیان بهداشت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را در اتخاذ تمهیدات لازم جهت حمایت‌های روانی مورد نیاز این دو گروه از زنان و نیز اجرای برنامه‌های مناسب به منظور پیشگیری از عوارض ناشی از درمان با روش اهدای تخمک هم برای دریافت‌کننده و هم اهداکننده تخمک جهت تأمین سلامت روان زنان یاری نماید.

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان مرجع بودن مرکز ناباروری رویان به عنوان محیط پژوهش و این که بسیاری از بیماران بعد از شکست در درمان‌های مختلف ناباروری در مراکز دیگر کشور به این مرکز مراجعه می‌کنند، اشاره کرد. بنابراین به نظر می‌رسد علی‌رغم روش نمونه‌گیری در این مطالعه، قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش مناسب باشد. یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های این طرح، جدید بودن روش درمان ناباروری با استفاده از تخمک اهدایی و در نتیجه محدود بودن تعداد افراد متمایل برای اهدای تخمک بود که با اختصاص دادن زمان بیش‌تر برای مرحله نمونه‌گیری سعی شد بر این مشکل غلبه شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه تحصیلی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد، بدین‌وسیله از تمامی کارکنان محترم دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز ناباروری رویان و نیز نمونه‌های پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- 1 - Shakeri J, Hossieni M, Golshani S, Sadeghi Kh, Fizollahy V. [Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment]. J Reprod Infertil. 2006; 7(3): 269-275. (Persian)
- 2 - Nourbala AA, Ramazanzadeh F, Malek Afzali H, Abedinia N, Rahimi Froushani A, Shariat M. [Effectiveness of psychiatric interventions on depression rate in infertile couples referred to Vali-Asr reproductive health research center]. Hakim Health Systems Research Journal. 2008; 10(4): 17-26. (Persian)
- 3 - Knopman JM, Noyes N, Grifo JA. Cryopreserved oocytes can serve as the treatment for secondary infertility: a novel model for egg donation. Fertil Steril. 2010 May 1; 93(7): 2413. e7-9.

- 4 - Khamisi F, Endman MW, Lacanna IC, Wong J. Some psychological aspects of oocyte donation from known donors on altruistic basis. *Fertility and Sterility*. 1997; 68(2): 323-327.
- 5 - Widge A. Seeking conception: experiences of urban Indian women with in vitro fertilisation. *Patient Educ Couns*. 2005 Dec; 59(3): 226-33.
- 6 - Blyth E. Patient experiences of an "egg sharing" programme. *Hum Fertil (Camb)*. 2004 Sep; 7(3): 157-62.
- 7 - Lee J, Yap C. Embryo donation: a review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2003 Nov; 82(11): 991-96.
- 8 - Sandler J, Fonagy P, Person ES. Freud's "On narcissism--an introduction". London: Karnac Books; 2012.
- 9 - Lazarus RS. The cognition-emotion debate: A bit of history. In: Dalglish T, Power MJ, eds. *Handbook of cognition and emotion*. New York: John Wiley & Sons; 1999. P. 3-19.
- 10 - Cooper CL, Pervin LA. *Personality: critical concepts in psychology*. London: Routledge; 1998.
- 11 - Thomas CM. The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Sep-Oct; 22(5): 405-16.
- 12 - Higgins ET. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychol Rev*. 1987 Jul; 94(3): 319-40.
- 13 - Higgins ET. Continuities and discontinuities in self-regulatory and self-evaluative processes: a developmental theory relating self and affect. *J Pers*. 1989 Jun; 57(2): 407-44.
- 14 - Leflot G, Onghena P, Colpin H. Teacher-child interactions: relations with children's self-concept in second grade. *Infant and child development*. 2010; 19(4): 385-405.
- 15 - Rogers C. *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin Harcourt; 2012.
- 16 - Taheri R, Zandi ghashghaei K, Honarparvaran N. [The comparison of relationship between family communication patterns and self concept with coping styles in male and female students]. *Armaghane-danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences*. 2012; 17(4): 359-69. (Persian)
- 17 - Tahmasebi S, Ghofranipoor F, Ravaghi K, Moghadas J, Sadegh-Moghadam L, Kazemnejad A. [The effect of group discussion method on the self-image of teenaged thalassaemic patients]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2006; 7(4): 50-57. (Persian)
- 18 - Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertil Steril*. 2011 Feb; 95(2): 711-6.
- 19 - Bartlett JA. Psychiatric issues in non-anonymous oocyte donation. Motivations and expectations of women donors and recipients. *Psychosomatics*. 1991 Fall; 32(4): 433-7.
- 20 - Pasha G, Naderi F, Akbari Sh. [Comparison of body image, body build index, general health and self concept between beauty surgery those who have done beauty surgery and ordinary people in behbahan]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2008; 2((3)7): 61-80. (Persian)

- 21 - Samani S, Sadeghzadeh M. [Self-discrepancy in adolescents based on family process and content model]. *Studies in Education & Psychology*. 2007; 8(2): 111-124. (Persian)
- 22 - Soleimani Abhari H, Soleimani Abhari S. [Standpoint of science and Quran about self-concept and self-respect and its effect on physical health]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services*. 2014; 22(90): 1-12. (Persian)
- 23 - Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. Survey of psychological health in women with infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002 Mar; 23(1): 41-9.
- 24 - Sanamnejad G, Pashavi G, Oftadehal M, Ostadhasanloo H, Khodayarifard M, Aryan K, et al. Emotional intelligence and self-concept in people with and without failure in love. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 1447-1451.
- 25 - Safavi M, Samadi N, Mahmoodi M. [The relationship between self-concept and quality of life in patients with type 2 diabetes]. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch*. 2013; 23(2): 148-153. (Persian)
- 26 - Kindermans HP, Huijnen IP, Goossens ME, Roelofs J, Verbunt JA, Vlaeyen JW. "Being" in pain: the role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain*. 2011 Feb; 152(2): 403-9.
- 27 - Landa CE, Bybee JA. Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Dev Psychol*. 2007 Jan; 43(1): 83-93.
- 28 - Minarik ML, Ahrens AH. Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research*. 1996; 20(2): 155-69.
- 29 - Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *J Abnorm Psychol*. 1991 Feb; 100(1): 98-101.
- 30 - Strauman TJ. Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: cognitive structures that underlie emotional disorders? *J Abnorm Psychol*. 1989 Feb; 98(1): 14-22.
- 31 - Khademi A, Alleyassin A, Agha-hosseini M, Ahmadi Abhari A, Esfhandi H, Fakhimi Derakhshan K. [Depression and infertility: evaluation of 681 infertile women using Beck depression inventory]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2004; 10(2): 13-21. (Persian)
- 32 - Rojuei M, Zamani R. [Psychological aspects of infertility]. *Psychological Research*. 1997; 8: 72-88. (Persian)
- 33 - Hatamloye Saedabadi M, Hashemi Nosratabad T. [The comparison of psychological well-being and marital satisfaction in the fertile and infertile women]. *Health Psychology*. 2012; 1(1): 20-31. (Persian)
- 34 - Mollaiynezhad M, Jafarpour M, Jahanfar Sh, Jamshidi R. [Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic]. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2001; 2(1(5)): 26-39. (Persian)
- 35 - Rashidi Farfar E. [Examine the social aspects and consequences of infertility]. MSc. Thesis, Shiraz University of Social Sciences, 2006. (Persian)

# Self-concept and self-discrepancy among the women receiving and donating oocyte

Ziba Taghizadeh\* (Ph.D) - Reza Omani samani\*\* (Ph.D) - Anoushirvan Kazemnejad\*\*\* (Ph.D) - Marziye Reisi\*\*\*\* (MSc.).

## Abstract

**Article type:**  
**Original Article**

Received: Aug. 2015  
Accepted: Nov. 2015

**Background & Aim:** One of the assisted reproductive technologies is the use of donated oocyte. Although, the data about medical aspects of this process is available, knowledge of the psychological aspect related to this therapy is limited. Each individual's psychological aspects can be assessed by the self-concept and the self-discrepancy. Therefore, the present study aimed to assess the self-concept and self-discrepancy among women receiving and donating oocyte.

**Methods & Materials:** In this descriptive-analytical investigation, carried out in 2015, given the limited research population, 53 women referred to Royan infertility institute, were investigated in each of the donor and recipient groups using the available sampling method. The data were collected by three questionnaires including demographic questions, Rogers's self-concept scale and self discrepancy scale (ideal-self discrepancy and ought-self discrepancy). The data were analyzed through the descriptive statistics, Chi-square and *t*-test using SPSS v.16.

**Results:** Results showed that the self-concept and self-discrepancy scores were poor in both the donor group and the recipient group. Scores of the recipient women (the questionnaire was reverse scored) were more than scores of the donor women. There was no significant difference between the two groups in the mean scores of self-concept ( $P=0.53$ ). There was a significant difference between the two groups in the ought-self discrepancy score ( $P=0.02$ ) but no significant difference was found between the two groups in the ideal-self discrepancy score ( $P=0.15$ ).

**Conclusion:** According to the results, it should be noted that in the process of oocyte donation, only physical assessment is not enough but individuals' psychological needs are necessary to be taken into account. So, the authorities should consider measures to assess the psychological aspects of women receiving and donating oocyte.

**Key words:** Self-concept, Self-discrepancy, Oocyte recipient women, Oocyte donor women

Corresponding author:  
Marziye Reisi  
e-mail:  
mrz.reisi@gmail.com

### Please cite this article as:

- Taghizadeh Z, Omani Samani R, Kazemnejad A, Reisi M. [Self-concept and self-discrepancy among the women receiving and donating oocyte]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2015; 21(3): 50-62. (Persian)

\* Nursing and Midwifery Care Research Center, Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\* Epidemiology and Reproductive Health Group, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute, ACECR, Tehran, Iran

\*\*\* Dept. of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

\*\*\*\* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran